

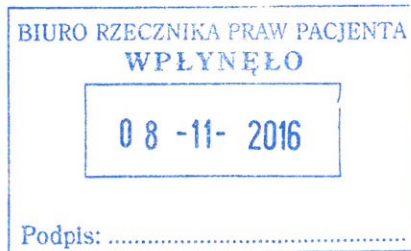


Minister Zdrowia

2016-10-28

Warszawa,

MDL.073.17.2016



Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta



W związku z pismem nr RzPP-WIP.420.35.2016.MC.2 z dnia 30.09.2016 r. w sprawie sytuacji osób starszych w obszarze dostępu do leczenia z zastosowaniem różnych form procedur medycznych, uprzejmie informuję:

W świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, ze zm.), świadczeniobiorcom, czyli osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym osobom starszym, przysługują świadczenia gwarantowane ujęte w wykazach określanych przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzeń. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Świadczenia zakwalifikowane jako gwarantowane są finansowane przez NFZ na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dostęp do świadczeń gwarantowanych zabezpieczają Oddziały Wojewódzkie NFZ, które przeprowadzają konkursy ofert, rokowania i zawierają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiot i liczbę zawartych umów oraz liczbę świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych w ramach umów determinuje przede wszystkim potencjał lecznictwa istniejącego na danym terenie oraz wysokość środków finansowych zapisanych w planach oddziałów wojewódzkich NFZ. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ jest ściśle określona i zależy od przychodów z tytułu składki na ubezpieczenia zdrowotne.

Odnosząc się do uwagi, iż najpoważniejszą barierą w dostępie do leczenia seniorów są kolejki oczekujących i odległe terminy wizyt, należy wskazać, że zgodnie z ww. ustawą ustalanie terminów udzielanych świadczeń, prowadzenie list oczekujących oraz dokonywanie przesunięć na tych listach należy do kompetencji świadczeniodawców (przychodni, poradni, szpitali). Świadczeniodawcy obowiązani są prowadzić listy oczekujących w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz biorąc pod uwagę kryteria medyczne i sytuację zdrowotną pacjenta.

Zasady funkcjonowania kolejek oczekujących precyzuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661). Na podstawie ww. rozporządzenia, świadczeniodawca dokonuje kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii medycznej „przypadek pilny” (jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia) lub „przypadek stabilny” (tj. inny niż stan nagły i przypadek pilny). Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia, o czym stanowi § 4 ww. rozporządzenia. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie, zgodnie z art. 19 i art. 60 ww. ustawy. Natomiast w sytuacji, gdy pacjent wpisany w kolejkę oczekujących ma wyznaczony odległy termin udzielenia świadczenia, a jego stan zdrowia w międzyczasie ulegnie zmianie, np. nasilą się dolegliwości, istnieje możliwość przyspieszenia terminu udzielenia świadczenia. Zgodnie z art. 20 ust. 7 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli to wynika z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielania świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. Decyzję o przyspieszeniu terminu wykonania świadczenia opieki zdrowotnej może podjąć jedynie lekarz w oparciu o aktualny stan zdrowia pacjenta (względy medyczne).

Ponadto, zgodnie z art. 21 ww. ustawy, świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych i szpitala spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tym samym może wybrać świadczeniodawcę, u którego czas oczekiwania na określone świadczenie opieki zdrowotnej jest najkrótszy. NFZ zobowiązany jest do udzielania świadczeniobiorcom, na ich żądanie, informacji o prowadzonych przez świadczeniodawców listach oczekujących, średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę. Informacje te, aktualizowane co najmniej raz w tygodniu, NFZ publikuje w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, pod adresem: <https://kolejki.nfz.gov.pl/>. Informacje te można również uzyskać kontaktując się z oddziałem wojewódzkim NFZ, właściwym dla miejsca udzielania świadczeń.

W sprawie zarzutów dotyczących funkcjonowania projektu 75+ informuję, iż lekarz ordynując leki pacjentowi kieruje się wyłącznie aktualną wiedzą medyczną i doświadczeniem zawodowym. Tym samym nie ma obowiązku ordynowania leków, które są dostępne bezpłatnie w ramach tzw. „wykazu 75+”, jeżeli uważa, iż inny sposób leczenia (inny lek) odniesie wyższą skuteczność terapeutyczną. „Wykaz 75+” nie stanowi wytycznej medycznej / leków zalecanych w leczeniu osób, które ukończyły 75. rok życia.

W sprawie podjęcia systemowych rozwiązań zmierzających do wypracowania nowego modelu opieki nad osobami starszymi informuję, że wiele działań ukierunkowanych na potrzeby zdrowotne osób starszych (w ujęciu międzysektorowym) zawarty jest w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 (dalej NPZ) przyjętym na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. (Dz. U. poz. 1492). W ramach Celu operacyjnego 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się – Minister Zdrowia oraz inni realizatorzy wskazani w NPZ prowadzić będą zadania polegające m. in. na:

1. Zbudowaniu instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w wieku przedemerytalnym w zakładach pracy, opracowanie instrumentów sprzyjających kształtowaniu profilaktyki chorób oraz niesprawności wieku okołoemerytalnego;
2. Dostosowaniu systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych poprzez:
 - przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki

nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;

- dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa żywieniowo-dietetycznego;
- zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie schorzeń występujących powszechnie u osób starszych i zapobieganie im (zapobieganie powstawaniu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych);
- rozwój usług i ośrodków geriatrycznych i wprowadzenie elementów geriatrii do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej;
- rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych;

3. Edukacji i pracach naukowo-badawczych m. in. z zakresu:

- edukacji pracowników ochrony zdrowia w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego;
- realizacji zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów;
- analizy danych o strukturze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom starszym;
- badania poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem;
- analizy adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych.

Część realizatorów planowanych działań wybierana jest i będzie w kolejnych latach w postępowaniach konkursowych lub w trybie wniosków składanych Ministrowi Zdrowia, pozostali realizatorzy są natomiast określani bezpośrednio w ww. rozporządzeniu.

Do wiadomości:
Prezes Rady Ministrów RP

2 *był... ..*

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jarosław Pinkas

REPUBLIKA POLSKA
POLSKA
POLSKA

Departament
ul. Miodowa 15
00-077 WARSZAWA

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Matki i Dziecka
ul. Miodowa 15
00-077 WARSZAWA
00-952 Warszawa

MDL.073.17.2016



340287 2016-11-07 02 POLECONA
Pani Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

PREKRYTY

329104